4.

# DISSERTATION CHIRURGICALE

*Sur certains accidens qui accompagnent les plaies de tête, considérés plus particulièrement sous le rapport de l'application du trépan;*


PAR V. LACOSTE,

Chirurgien attaché à l'Hospice de la Salpêtrière.


---

La vérité luit pour tout le monde; mais elle n'est pas découverte : il reste encore beaucoup à faire aux races futures. (*OEuvres de Sénèque*, *trad. de Lagrange*, tom. 2, pag. 172.)

---




A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE J. A. BROSSON.

AN X.

## PROFESSEURS.

CITOYENS,

Chaussier, Duméril. *Anatomie et Physiologie.*
Fourcroy, Déyeux. *Chimie médicale et Pharmacie.*
Hallé, Desgenettes. *Physique médicale et Hygiène.*
Lassus, Percy. *Pathologie externe.*
Pinel, Bourdier. *Pathologie interne.*
Peyrilhe, Richard. *Histoire naturelle médicale.*
Sabatier, Lallement. *Médecine opératoire.*
Pelletan, Boyer. *Clinique externe.*
Corvisart, Leroux. *Clinique interne.*
Dubois, Petit-Radel. *Clinique de l'école dite de perfectionnement.*
Leroy, Baudelocque. *Accouchemens, Maladies des femmes, Éducation physique des enfans.*
Leclerc, Cabanis. *Médecine légale, Histoire de la Médecine.*
Thouret. *Doctrine d'Hippocrate, et Histoire des Cas rares.*
Sue. *Bibliographie médicale.*
Thillaye. *Démonstration des Drogues usuelles et des Instrumens de Médecine opératoire.*

---

Par délibération du 19 frimaire an 7, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DE MES AMIS,

MON PÈRE,

*Ancien Avocat, Président actuel au Tribunal du cinquième arrondissement d'Ussel, département de la Corrèze;*

A

P. H. PINEL,

*Professeur à l'École de Médecine, Médecin attaché à l'Hospice de la Salpêtrière, Membre de plusieurs Sociétés savantes;*

COMME un foible gage, mais sincère, d'attachement et de reconnoissance.

VINCENT LACOSTE.

# DISSERTATION
# CHIRURGICALE

*Sur certains accidens qui accompagnent les plaies de tête, considérés plus particulièrement sous le rapport de l'application du trépan.*

---

## *INTRODUCTION.*

La chirurgie est une science positive. Les préceptes qu'elle nous donne sont des vérités immuables, qui ont été sanctionnées par l'expérience de plusieurs siècles. Cependant il est des points de sa doctrine qui prêtent encore à la conjecture, et qui réclament les secours d'une saine observation, pour arriver au degré de perfectionnement dont ils pourroient être susceptibles : je veux parler des lésions du cerveau, et des opinions qui ont été émises pour en établir le diagnostic et le traitement, sous le rapport de l'application du trépan. Je n'ai point la présomption de croire porter quelque lumière sur un sujet qui,

malgré les savantes recherches des *Quesnay*, des *Petit*, des *Desault*, offre encore quelque obscurité. Je sens combien cette entreprise surpasseroit de beaucoup mes forces; mais j'aurai toujours rempli le but que je me propose, celui d'attirer l'attention sur une partie de l'art qui présente encore des lacunes, et de mettre mes condisciples à même d'entendre nos maîtres disserter aussi savamment que judicieusement sur cette matière.

Quels sont les cas les plus ordinaires qui, dans les lésions de la tête, peuvent exiger l'application du trépan dans les fractures simples, dans celles compliquées d'enfoncement, d'épanchement, et d'inflammation des méninges ? Voilà les questions que je me suis proposées, et que je vais essayer de traiter en autant de chapitres.

## CHAPITRE PREMIER.

### *Des fractures simples.*

#### *Diagnostic des fractures.*

Les fractures simples du crâne présentent autant de difficultés dans le diagnostic que dans la détermination des rapports qu'elles

ont avec l'opération du trépan. Malgré les recherches multipliées de certains praticiens, et tout ce que peut nous démontrer l'observation, on ne trouve qu'obscurité, qu'incertitude dans ce genre d'étude. Il est plus ou moins facile, suivant qu'il y a dénudation ou non, aux os du crâne, et selon l'amplitude de l'écartement des bords de la fracture. Le péricrâne est-il détaché, l'os est-il dénudé? L'existence de la fracture peut être reconnue au moyen de la perception des sens, soit de la vue, soit du toucher. Cependant l'on doit avoir des craintes justement fondées, de prendre une suture ou une impression faite par un instrument tranchant, pour une fêlure. Afin d'éviter une méprise pareille, nécessité de connoître le trajet des sutures, et d'avoir recours à l'application de la rugine : car si la fente persiste après plusieurs applications récidivées, c'est un signe presque certain de la présence de la fracture. Mais le diagnostic est bien plus facile et moins équivoque, lorsque la solution de continuité offre un écartement assez considérable dans ses bords, ou diverses esquilles dont l'inégalité, la mobilité et la crépitation ne laissent aucun doute sur son existence.

Le péricrâne est-il intact, ne présente-t-il aucune altération, comment pourra-t-on la reconnoître? Les signes si vantés par quelques auteurs pour servir à la formation du diagnostic, ne sont-ils pas insuffisans? Quels signes en effet plus incertains que ceux qui sont déduits de la force d'impulsion de l'instrument contondant, de sa direction, de l'espace qu'il a parcouru? Tout cela suppose, outre une action toujours la même de la part de l'agent qui frappe, un récit fidèle de l'individu ou des assistans. L'on n'ignore pas combien il est difficile de réunir ces diverses circonstances. Ne sait-on pas que la structure du crâne est très-variable sous le rapport de l'âge, du sexe, de l'individu? Dans quelle erreur *Ledran* n'étoit-il pas, lorsqu'il jugeoit de la nécessité du trépan, par les différens degrés d'obliquité du coup (1)?

Peut-on, à l'imitation de *Bell*, de *Méry*, admettre comme signes caractéristiques de fracture, le décollement immédiat du péricrâne? Combien de fois ne voit-on pas cette membrane détachée sans fracture? Peut-on tirer beaucoup de certitude de la douleur

(1) Ledran, *Op. de Chir.*, tom. I, pag. 509.

que le malade semble manifester à un certain endroit de la tête, en y portant la main par un mouvement automatique? *Van Swieten*, *Avicenne*, *Béranger de Carpi*, *Paré*, *Verduc*, *Sabouraut*, etc., qui ont considéré ce signe comme presque certain, n'auroient pas prononcé si positivement, s'ils avoient fait attention à la lésion des fonctions de l'entendement du blessé; d'ailleurs seroit-il prudent de trépaner d'après ce signe?

Quelle idée peut-on se former, dans l'état actuel de nos connoissances, de ce bruit pareil à celui d'un pot qui se casse, entendu au moment du coup; de la douleur excitée dans une certaine partie de la tête, en tirant avec force une corde à boyau ou un crin qui a été placé entre les dents du malade; des hémorragies qui ont lieu par le nez, les oreilles et les yeux? Hildanus étoit-il bien fondé à ajouter quelque certitude aux vomissemens qui surviennent à l'instant du coup? N'avoit-il jamais observé que la commotion cérébrale peut y donner lieu comme la fracture?

Les fractures du crâne, considérées dans leur état de simplicité, abstraction faite des accidens cérébraux dépendant d'un épanchement sanguin, soit primitif, soit consécutif, xigent-elles l'application du trépan?

### *De la détermination de l'application du trépan.*

*Petit*, ne pouvant se persuader qu'une fracture pût exister sans être suivie d'épanchement, veut qu'on ait de suite recours à l'application du trépan (1). Pott ne raisonne pas en praticien, quand il propose le trépan, non pas pour prévenir l'épanchement consécutif, mais plutôt pour éluder l'inflammation des méninges. N'est-ce pas rechercher dans l'application du trépan une cause irritante qui peut donner lieu à l'inflammation de ces membranes, tandis qu'on devroit chercher à la prévenir. Les deux exemples d'épileptiques, rapportés dans l'ouvrage de *Bell*, nous prouvent assez que le trépan ne doit pas être considéré comme un moyen innocent. Ces deux épileptiques, qu'on cherchoit à guérir par le trépan, sont morts d'inflammation des méninges, résultat vraisemblable de l'air exercé sur elles.

Quelle que soit au reste la manière d'agir du trépan, je ne vois pas la nécessité d'y avoir recours dans la fracture simple du crâne, puisque l'observation nous démontre tous les

---

(1) Petit, *Mal. chir.*, tom. I, pag. 75.

jours que ces solutions de continuité guérissent sans être suivies d'accidens. N'est-il pas plus prudent au contraire d'attendre que ces accidens paroissent, pour se résoudre à une semblable opération ?

### *Diagnostic de l'épanchement consécutif à la fracture.*

Si, après une lésion à la tête, le malade tombe dans l'assoupissement; si la sensibilité devient obtuse, le sommeil plus long et plus profond qu'à l'ordinaire; si l'éveil est difficile, pénible, et en sursaut; si le délire, la paralysie et les convulsions se déclarent; en un mot, si tous les caractères de l'épanchement consécutif se manifestent, on peut croire qu'ils dépendent d'une affection de l'organe cérébral.

### *Détermination de l'application du trépan.*

Dans cette circonstance, la mort du sujet est presque assurée; l'application du trépan est le seul moyen que l'on peut attendre des secours de l'art. Il est donc nécessaire de s'assurer du siége de la fracture. Pour cela, on fait des incisions sur l'endroit contus ou vul-

néré ; on explore scrupuleusement la partie, afin de s'en assurer d'une manière positive. Mais le diagnostic est encore bien plus obscur quand le péricrâne n'offre aucune altération. Que faire dans cette incertitude ? Il faut avoir recours à la chirurgie expectante, raser la tête du malade, la recouvrir d'un large cataplasme, et deux heures après son application, palper avec soin ses différentes régions. Le moindre empâtement qui s'y fait apercevoir, nous indique d'une manière presque certaine le siége de la maladie, qui doit être le lieu déterminé pour l'application du trépan.

## CHAPITRE II.

### *Des fractures avec enfoncement.*

#### *Diagnostic.*

En général, les fractures avec enfoncement sont aussi faciles à reconnoître que leurs accidens sont susceptibles de variétés : les histoires que je vais rapporter en faisant voir cette diversité d'accidens, prouvent encore combien grandes sont les ressources de la nature dans des cas d'enfoncement.

## *Première Observation.*

*Hildanus* dit qu'un homme de quarante ans, reçut sur l'os pariétal gauche, un coup de boule de fer qui pesoit une livre et demie; qu'il y eut une fracture avec enfoncement considérable au crâne: il tomba comme mort; il y eut aphonie, perte de la vue, de l'ouïe, paralysie du côté blessé. On releva les pièces enfoncées, et le malade guérit (1).

## *Deuxième Observation.*

Une femme reçoit un coup à l'os pariétal gauche avec contusion, fracture et enfoncement du crâne. Aussitôt après l'accident, il survint des vomissemens bilieux, paralysie du côté gauche, convulsion au côté droit; cependant la guérison fut parfaite, quoiqu'il sortît par la plaie une grande portion de la substance du cerveau (2).

---

(1) Hildan., *Obs. chir.*, an 2, obs. III, ex. I, pag. 78.

(2) Hildan., *ibid.*, cen. I, obs. XIII, ex. I, pag. 21.

*Troisième Observation.*

Une femme reçut un coup de pierre au milieu du front; l'os est fracturé et un peu enfoncé : l'on propose le trépan; le père s'y refuse, et au bout de dix jours guérison parfaite (1).

*Quatrième Observation.*

Un enfant de six à sept ans reçut un coup de pierre au milieu du front; l'os en est fracturé et un peu enfoncé : l'on propose le trépan; le père s'y refuse, et au bout de dix jours guérison parfaite (2).

*Cinquième Observation.*

*Avellan*, chirurgien à Giniac, rapporte qu'une fille de quatorze ans reçut un coup à la tête, qui fut suivi d'assoupissement, d'envies de vomir, et de délire, à cause d'un enfoncement au pariétal droit. On veut appliquer le trépan, la mère de la jeune fille s'y refuse; l'assoupissement et le délire persé-

(1) Lamotte, *Obs. de Chir.*, tom. I, p. 543.
(2) Lamotte, *Obs. de Chir.*, tome I, p. 544.

vèrent pendant trois mois, et la malade reste dans un état d'imbécillité. L'os se relève peu à peu, et les accidens disparoissent entièrement (1).

Ces faits, et un grand nombre d'autres que je pourrois citer, prouvent que quelque intenses et quelque variés que soient les accidens qui accompagnent les différens degrés d'enfoncement, ils peuvent cependant parvenir à une guérison parfaite. Mais le praticien peut-il en pareil cas faire la chirurgie expectante? N'a-t-il pas à redouter la compression du cerveau, ou l'inflammation des méninges, qui sont les accidens les plus à craindre dans les lésions de la tête ? Enfin, ne peut-on pas reprocher à *Desault* d'avoir été un peu trop prévenu contre l'application du trépan, pour le rejeter dans une pareille circonstance ?

*Détermination de l'application du Trépan.*

Lorsque la fracture avec enfoncement présente des esquilles détachées ou peu adhérentes aux parties osseuses du crâne, on doit les relever de suite sans avoir recours au trépan.

---

(1) *Mém. de l'Acad. de Chir.*, tom. I, p. 191.

Si les accidens ne cessent pas, mais paroissent être produits par un épanchement sanguin, comme cela arrive très-souvent, il faut se décider à les enlever, et l'ouverture qu'elles laissent peut tenir lieu de trépan naturel. Si ces esquilles sont si adhérentes aux autres parties osseuses, qu'on ne puisse les relever au moyen d'un élévatoire, et quoiqu'il ne survienne aucun accident, je crois qu'il est très-prudent d'avoir recours au trépan, seule ressource qui nous reste, soit pour leur faire prendre leur niveau, ou pour les enlever entièrement.

## CHAPITRE III.

### *De l'épanchement sanguin.*

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur les plaies de tête, ont souvent paru confondre les épanchemens sanguins avec ceux qui sont le résultat de l'inflammation des méninges; cependant il existe une différence majeure bien essentielle à établir par rapport à l'application du trépan.

Nous définirons donc l'épanchement sanguin un amas de sang résultant du froissement, de la rupture des vaisseaux de l'organe

encéphalique, ou de ses membranes, survenu à la suite de lésion à la tête, soit immédiatement ou consécutivement ; variable autant par le siége qu'il occupe, que par la plus ou moins grande intensité des accidens qu'il produit ; ce qui dépend encore de la plus ou moins grande quantité de fluide extravasé, et du degré de sensibilité de la portion de l'organe encéphalique qui se trouve comprimée ; et c'est en raison de cela que les épanchemens qui se font à la base du crâne sont toujours funestes.

Son siége, disons-nous, est assez variable. En effet, tantôt il se trouve entre le crâne et la dure-mère, ce qui résulte le plus souvent de la fracture ; d'autres fois entre la dure-mère et la pie-mère ; souvent on l'aperçoit entre les circonvolutions du cerveau ; enfin il peut avoir lieu dans la substance même de ce viscère. Dans ces différens cas, il est presque toujours produit par l'ébranlement de la masse cérébrale.

Enfin, il peut exister deux épanchemens à la fois : l'un qui dépend de la fracture et qui se trouve entre la dure-mère et le crâne, et l'autre dans la propre substance du cerveau, qui résulte de la commotion ; *Morgagni* en rapporte un exemple bien frappant. On a

même eu occasion de l'observer à la Charité ; le professeur Boyer ne manque pas de le citer dans son cours de pathologie externe.

Dans tous les cas, l'épanchement est primitif ou consécutif. Les épanchemens primitifs sont le plus souvent suivis d'accidens si graves, que les secours de l'art deviennent impuissans. Nous trouvons dans l'immortel ouvrage de *Morgagni* différentes observations qui confirment cette vérité.

## *Première Observation.*

Un homme de trente ans tombe de cheval, et se heurte la tête contre une pierre avec tant de force, que les assistans entendent le bruit que font les os en se cassant. Le sang sort aussitôt abondamment par le nez et la bouche ; le malade reste muet, immobile ; le visage pâlit ; il y eut des déjections involontaires, des vomissemens abondans, et la mort arriva deux heures après.

A l'examen du corps, on trouva l'os occipital fracturé jusqu'à son grand trou, une grande quantité de sang amassé dans les fosses postérieures, et, ce qui surprit le plus, un autre épanchement sanguin à la partie anté-

rieure du cerveau, entre la dure-mère et la pie-mère.

*Deuxième Observation.*

Un homme âgé de trente ans, se jette un jour par une fenêtre, tombe sur la partie gauche et supérieure de la tête, et se blesse un peu au-dessus du muscle temporal : aussitôt son visage rougit et se tuméfie; il perdit la parole, et presque tout son corps devint paralytique, à quelques légers mouvemens des pieds près, qui ne paroissoient plus tenir qu'à une sensibilité égarée. La plaie fut pansée, et les choses demeurèrent en cet état jusqu'au troisième jour, après lequel il cessa de vivre.

A l'examen de la tête, on trouva la plaie des tégumens fort simple, et les parties subjacentes intactes; mais à la partie opposée, un épanchement sanguin d'environ deux onces, occupoit toute cette partie; il séparoit la méninge d'avec la pie-mère.

La dernière observation nous démontre la vérité de cette sentence de Celse, savoir, que les fractures de la base du crâne sont mortelles (1).

---

(1) *A Corn. Cels.*, lib. V, cap. XXVI, n°. 2, pag. 283.

*Diagnostic ;*

1°. *Des épanchemens subits.* Perte totale des fonctions de l'entendement, paralysie d'un ou de plusieurs membres, convulsions, aphonie, déjections involontaires, état apoplectique, espèce de coma, respiration stertoreuse, vomissemens, rougeur de la face, battemens sensibles des artères carotides, permanence de ces symptômes sans diminution apparente; mort plus ou moins éloignée, mais ne dépassant pas le troisième jour. Certitude très-positive sur l'existence de l'épanchement, lorsque ces signes se joignent avec les circonstances accessoires :

2°. *Des épanchemens consécutifs.* Tête lourde, pesante, sommeil profond et peu tranquille, assoupissement plus ou moins marqué, éveil difficile, pénible, difficulté dans les mouvemens de la langue, abattement extrême, délire fugace, respiration difficile, gênée, enfin stertoreuse. Ces symptômes font différer l'épanchement graduel du précédent, par rapport à l'époque où ils se manifestent, et à la lenteur qui accompagne leur marche. Ordinairement la mort ne survient que plusieurs jours après l'accident.

Jusqu'ici nous n'avons que très-peu d'observations qui puissent nous faire juger de la nature des épanchemens sanguins consécutifs, et de leur état de simplicité; car, pour le plus souvent, ils déterminent l'inflammation des méninges; une exsudation puriforme, la désorganisation des membranes du cerveau et la mort ne tardent pas à s'ensuivre : aussi, à l'ouverture cadavérique, on est fort embarrassé de pouvoir déterminer si l'épanchement que l'on rencontre est le produit ou la cause de l'inflammation des méninges. C'est pourquoi il n'est pas rare de voir les signes qui dénotent la présence de l'épanchement consécutif, se confondre avec ceux qui appartiennent à l'inflammation des membranes du cerveau, dont nous traiterons dans un chapitre particulier.

D'après l'examen des signes qui appartiennent à l'épanchement sanguin subit, ou à celui qui se fait graduellement et avec lenteur (abstraction faite de l'enfoncement des os du crâne), nous pouvons conclure jusqu'à un certain point, qu'ils dépendent de la compression de l'organe encéphalique. Cependant ils ont une identité si parfaite avec ceux de la commotion, que souvent il est extrêmement

difficile de distinguer ces deux affections. Ce qu'il y a de plus particulier encore, c'est que la simple lésion du péricrâne peut donner lieu aux mêmes accidens. Je pourrois citer à l'appui de cette dernière assertion une infinité d'exemples : je me contenterai de celui qui me paroît le plus frappant.

*Pouteau*, dans ses œuvres posthumes, nous rapporte qu'une femme âgée de vingt-deux ans, reçut un coup de chaise derrière l'oreille droite. Dès l'instant du coup, perte de connoissance, qui ne fut pas de longue durée; rétablissement parfait, à une douleur près qui se faisoit sentir à l'endroit frappé, et qui de là s'étendoit jusqu'à l'orbite et à la moitié du front du même côté. Cette douleur diminua peu à peu pendant l'espace de deux ans, au bout desquels il y eut une guérison parfaite. Cette femme se livre à un mouvement de colère violent : aussitôt il survint perte de connoissance et du sentiment, paralysie de la moitié du corps (du côté gauche), aphonie avec une grande difficulté de respirer. On appliqua un vésicatoire entre les épaules, on fit des scarifications au dos, et il y eut recouvrement de la parole, respiration moins difficile, déglutition plus aisée, et persévérance

de la paralysie. Un mois après, renouvellement des accidens avec plus de violence, paralysie de l'extrémité inférieure du côté droit ; au bout de trois jours, paralysie générale, excepté du bras droit, du cou et de la moitié du côté droit. Cinq jours après, disparition de la paralysie du côté droit. Quinze jours après, même phénomène pour le côté gauche. Après trois semaines de convalescence, rechute, paralysie de tout le corps, aphonie, perte de la locomotion, difficulté de respirer, impossibilité d'avaler, délire furieux, mouvemens convulsifs avec opisthotonos, durée de cet état pendant trois jours ; le quatrième, cessation du délire et diminution des autres symptômes. La malade déclara avoir reçu un coup à la tête, il y avoit quatre ans. *Pouteau* la fit raser et l'examina dans tous ses différens points : en pressant sur le lieu frappé, il excita des mouvemens convulsifs les plus forts. Cependant le péricrâne n'offroit aucune altération. Une incision fut faite sur la partie malade, et aussitôt les accidens cessèrent comme par enchantement.

Souvent les accidens cérébraux dépendant d'un épanchement sanguin paroissent se confondre avec ceux de la commotion : de là la grande difficulté du diagnostic de ces épan-

chemens. Dans cette incertitude, faut-il trépaner au hasard, ou abandonner le malade aux seules ressources de la nature? Se résoudre à un de ces deux moyens toujours extrêmes et funestes au blessé, ce seroit, d'un côté, compromettre la réputation du praticien, et de l'autre, faire connoître l'insuffisance de l'art. Afin d'agir avec plus de prudence, et marcher avec plus de sécurité dans une route si difficile, consultons la voix de l'expérience, et voyons si, dans l'état actuel de nos connoissances, nous pouvons établir des caractères distinctifs entre ces deux accidens.

### *Parallèle de l'épanchement et de la commotion.*

*Petit*, ce judicieux praticien, dit que l'on doit rapporter à la commotion l'assoupissement qui survient à l'instant du coup, tandis que, quelque temps après (1), il est symptôme de l'épanchement. Cependant l'on voit quelquefois des épanchemens si subits, qu'à peine observe-t-on quelques intervalles entr'eux et la commotion; d'ailleurs, n'a-t-on

---

(1) Petit, *Mal. chir.*, tom. I, pag. 86.

pas vu des accidens qu'on rapportoit à la commotion, cesser pendant un certain temps, et reparoître avec tous les caractères de l'épanchement, quoique l'ouverture des cadavres n'en ait donné aucun indice? Ces cas extrêmement rares font exception à la règle, et l'on ne doit pas moins considérer ce signe comme appartenant à l'épanchement.

Peut-on considérer, à l'imitation de *Boerhaave* et de son commentateur *Van Swieten*, l'état apoplectique plutôt comme signe de l'épanchement que de la commotion? Ne sait-on pas que ce dernier accident peut y donner lieu? Mais si cet assoupissement comateux persiste pendant un long espace de temps, ou si après avoir cessé il survient de nouveau, on doit plutôt présumer l'existence de l'épanchement que celle de la commotion.

L'hémiplégie ou la paralysie partielle de quelque membre sont des signes presque indubitables de la compression du cerveau; rarement ils accompagnent la commotion, ou s'ils ont lieu, comme l'état apoplectique, ce n'est que d'une manière momentanée. Il en est de même à l'égard des convulsions, des vomissemens, des déjections involontaires, qui cependant, quoique des signes communs à la

commotion, sont souvent d'une grande importance, et servent constamment à éclairer le diagnostic de l'épanchement, soit par l'époque de leur apparition, soit encore par leur plus ou moins grande durée.

*Bell* prétend que la différence principale se tire de l'état de la respiration et du pouls; que dans l'épanchement, la respiration est profonde et très-gênée comme dans l'apoplexie, tandis qu'elle est facile dans la commotion. Dans ce dernier cas, dit-il, le pouls est mou et égal, tandis qu'il est irrégulier dans le cas d'épanchement. Mais combien de variétés ou d'anomalies n'observe-t-on pas dans les signes pris de l'état du pouls et de la respiration?

On doit porter un jugement pareil sur les signes pris de l'hémorragie soit auriculaire, soit nasale, de la force d'impulsion de l'instrument contondant, de sa direction, de sa forme, de cette douleur que le malade éprouve dans un point quelconque en pressant avec force les deux mâchoires contre un corps dur, du décollement immédiat du péricrâne. Ces signes ne caractérisent pas plus l'épanchement que la fracture.

Le professeur *Boyer* nous dit, et avec beaucoup de raison, que la différence essen-

tielle à établir entre l'épanchement et la commotion, consiste encore en ce que cette dernière, résultant d'une percussion instantanée, doit être à son principe tout ce qu'elle est susceptible de devenir par la suite, et les symptômes actuels ne peuvent aller qu'en diminuant; tandis qu'au contraire, lorsque les effets qui résultent de cette même percussion arrivent lentement et augmentent d'intensité, c'est un signe de l'épanchement.

### *Détermination de l'application du trépan.*

Le diagnostic de l'épanchement est encore plus ou moins facile selon l'état d'intégrité du péricrâne, la présence ou l'absence de la fracture aux os du crâne, enfin suivant l'amplitude de l'écartement de ses bords. Ces différentes considérations rendent l'application du trépan plus ou moins douteuse. En effet, le péricrâne est-il détaché, laisse-t-il apercevoir une solution de continuité aux parties osseuses? transsude-t-il un fluide sanguin à travers les bords de la division? plus d'incertitude sur le genre d'accidens qui dépend de la présence du fluide épanché, dont le siége se trouve entre le crâne et la dure-mère. Faut-il

dans cette circonstance appliquer le trépan? De deux choses l'une : ou la division coexistante avec l'épanchement est suffisante pour donner issue à l'épanchement, ou elle ne l'est pas. Dans le premier cas, je ne vois pas la nécessité de recourir à l'opération du trépan; dans le second, je pense que l'application du trépan doit se faire sur le lieu de la fracture.

Outre l'insuffisance des signes locaux pour nous faire connoître le siége de l'épanchement, quelquefois ils manquent tout-à-fait, et nous n'avons d'autre ressource pour nous éclairer dans ce genre d'étude, que les conséquences déduites des signes généraux, tels que la paralysie d'un ou de plusieurs membres, les convulsions, etc.

*Valsalva* nous assure qu'ayant disséqué plusieurs cadavres, il a toujours trouvé que, lorsque la moitié du corps avoit été paralytique, la cause en étoit au côté opposé du cerveau; si quelquefois l'autre étoit endommagée, le mal se trouvoit toujours plus grand au côté opposé (1).

*Morgagni*, *Lancisi*, *Lapeyronie*, *Hildanus*, ont constaté par un grand nombre

---

(1) *De aure humanâ*, pag. 85, 86.

d'observations l'opinion de *Valsalva*, qui est encore appuyée par les expériences de *Mollinelli*, *Petit* et *Sausserotte*, lesquelles expériences ont constamment donné pour résultat, que toutes les fois que le cerveau étoit lésé dans quelques-unes de ses parties, la paralysie se manifestoit au côté opposé.

Si la dissection du corps humain n'a pu encore nous faire connoître le croisement des nerfs, comme c'étoit l'opinion de la plupart des anatomistes, seul moyen qui nous reste pour rendre raison de ce phénomène pathologique, l'anatomie comparée nous le démontre dans les poissons, et particulièrement dans ceux qui ont un squelette osseux, où l'on voit les nerfs optiques se croiser sans se confondre (1).

Je ne prétends pas pour cela avancer que, dans tous les cas de lésion du cerveau, la paralysie doit survenir au côté opposé; car l'observation nous démontre souvent le contraire. Ainsi *Forestus* nous rapporte qu'un jeune homme fut blessé vers le pariétal gauche : le lendemain le côté droit fut pris de convulsions, et le gauche de paralysie. Tout le

---

(2) Cuvier, *Anat. comp.*, tom. I, pag. 192.

côté du pariétal gauche étoit contus, au point qu'il s'en détacha huit portions d'os, entre lesquelles une plus pointue avoit traversé les deux méninges, et étoit entrée dans la substance du cerveau (1).

La paralysie affectant un côté, les convulsions s'emparent quelquefois de l'autre. Ceci est encore une preuve de l'existence de l'épanchement dans la partie de la tête correspondante au côté atteint de convulsions. Cependant le contraire peut avoir lieu, comme on vient de le voir dans l'observation précédente.

Les divers phénomènes que nous venons d'examiner nous font seulement connoître le côté de la tête qui se trouve lésé; mais ils ne nous indiquent pas le point essentiel qu'occupe l'épanchement : il nous reste toujours à savoir s'il siége entre le crâne et la dure-mère, ou entre la dure-mère et la pie-mère, ou enfin s'il occupe les circonvolutions du cerveau ou la substance même de ce viscère. Admettons même qu'il se trouve dans tous les cas entre le crâne et la dure-mère : à quel endroit correspond-il ? Quel est le praticien assez prudent qui peut nous assurer :

---

(1) Forestus, obs. II, lib. X, tom. , p. 414.

là existe l'épanchement, là il faut appliquer le trépan? Sur quels signes assez positifs établira-t-il son jugement? Sera-ce sur la douleur que le malade semble manifester dans un certain point de la tête, par un mouvement automatique de la main, ou par une propension particulière à se coucher préférablement sur un côté que sur un autre? Il faut l'avouer, ces signes sont bien vagues et bien incertains. Peut-on, d'après eux, hasarder l'opération du trépan?

*Sausserotte*, dans un mémoire couronné par l'Académie de chirurgie, prétend, d'après les résultats d'un certain nombre d'expériences faites sur les chiens, que l'origine des nerfs des extrémités pectorales est dans la partie postérieure du cerveau, et dans l'antérieure pour les extrémités abdominales. D'après cela, on seroit porté à croire que lorsqu'une extrémité inférieure est paralysée, la lésion doit se trouver vers la partie antérieure du cerveau, et *vice versâ*, quand la paralysie affecte une extrémité supérieure. Souvent l'opinion de *Sausserotte* n'est pas d'accord avec l'observation, puisque à l'Hôtel-Dieu de Paris on a souvent eu occasion de trouver le sang épanché, généralement répandu sur

la surface du cerveau ; cependant la paralysie étoit locale. Supposons même que cela ait lieu ; ce phénomène nous indique-t-il avec précision le siége de l'épanchement dans un des côtés de la tête ?

Si l'on consulte l'opinion d'un grand nombre d'auteurs, tels que *Pott, Bell, Petit, Quesnay*, etc., ils s'accordent tous à dire que, si le fluide qui comprime l'organe encéphalique n'est pas évacué, la mort du sujet est assurée ; que par conséquent il vaut mieux tenter un moyen incertain, que d'abandonner le blessé aux ressources de la nature. Mais ce qu'il y a de particulier, c'est que, parmi eux, peu sont d'accord sur l'endroit où il faut l'appliquer. *Boerhaave*, *Van Swieten* exigent que ce soit au côté de la tête opposé à la paralysie ; *Petit* le veut aussi ; *Bell* conseille de l'appliquer à la partie la plus déclive du crâne. Enfin un grand nombre, persuadés que l'épanchement doit exister à l'endroit opposé à la partie qui a éprouvé le choc, dit que c'est là où l'on doit en faire l'application.

Si nous résumons maintenant tout ce qui a été dit sur ce dernier paragraphe, nous voyons, 1°. que le diagnostic du siége de l'épanchement est très-obscur, et souvent impos-

sible à établir; 2°. que ce seroit compromettre les secours de l'art, que d'appliquer le trépan dans de pareilles circonstances; 3°. que les auteurs ont trop exagéré, en disant qu'en abandonnant le malade aux efforts de la nature, c'étoit le vouer à une mort assurée; 4°. enfin, que le sang peut être absorbé, surtout quand il est disséminé sur une large surface, puisque souvent des personnes chez lesquelles on avoit observé tous les signes d'un épanchement, sont arrivées à une guérison parfaite sans avoir eu recours à l'application du trépan.

## CHAPITRE QUATRIÈME.

### *De l'inflammation des méninges.*

Existe-t-il réellement deux espèces d'inflammation parfaitement distinctes, celle du cerveau et celle de ses membranes? Le cerveau est-il susceptible d'une inflammation phlegmoneuse, comme certains auteurs le prétendent? Je pense que nous n'avons point encore assez de données pour résoudre ces questions. Je vais me borner à ce qui est relatif à l'inflammation des méninges.

## *Diagnostic.*

Si les signes qui différencient l'épanchement de la commotion paroissent obscurs et équivoques, si la différence qui existe entre ces deux accidens est souvent difficile à reconnoître; il n'en est pas de même de l'inflammation qui souvent en est le résultat. Quoiqu'elle présente quelquefois des caractères qui leur sont communs, elle en diffère cependant par certains phénomènes particuliers. Il suffit, pour constater cette différence, de rapporter quelques histoires fidèlement tracées par de bons observateurs.

### *Première Observation.*

*Morgagni* nous dit qu'un homme de seize ans reçut un coup de pierre sur la partie gauche du sinciput. On n'observa rien de remarquable pendant l'espace de dix jours, excepté un léger gonflement qui s'empara des bords de la plaie. Au onzième jour, invasion de la fièvre avec un tremblement général et des vomissemens sans aucune douleur de tête; bientôt après, apparition de mouvemens convulsifs, trouble de la vue, insensibilité de

l'ouïe, aphonie. Le quatorzième jour, le malade mourut.

A l'ouverture du corps, on trouva le crâne intact ; mais la dure-mère, dans l'endroit qui correspondoit à la plaie, étoit épaisse, détachée, inégale et d'une teinte jaunâtre. Entre elle et la pie-mère on remarqua un foyer purulent, qui s'étendoit depuis le repli falciforme et la portion voisine de la face supérieure du cerveau; le reste paroissoit dans l'état naturel.

### *Deuxième Observation.*

Un homme se présente à *Ledran* pour le consulter sur un coup qu'il avoit reçu à la partie gauche et supérieure du coronal; il y avoit déjà trois semaines que cet accident lui étoit arrivé. A l'endroit de la tête où le coup avoit frappé, le péricrâne étoit détaché et l'os découvert de plus de la grandeur d'un écu, les lèvres de la plaie décollées. La fièvre survint avec beaucoup de stupeur; le malade paroissoit comme hébété, engourdi. L'os fut mis à découvert : on ne trouva aucun indice de fracture ; le lendemain le malade mourut.

A l'examen de la tête, on trouva, dans

toute l'étendue du coronal de ce côté, le péricrâne presque détaché. Le crâne ouvert, on vit au-dessous du coronal la dure-mère non-seulement détachée, mais encore pourrie et en suppuration, et le tout enduit de bouillie purulente (1).

En général on peut réduire les caractères qui appartiennent à l'inflammation des méninges, à ceux-ci : mouvement fébrile trois jours environ, quelquefois même autant de semaines ou de mois après l'accident ; insomnie, vertiges, malaise, céphalalgie violente, symptômes gastriques plus ou moins prononcés, agitation, sensibilité extrême de la vue, pouls fréquent, vif; chaleur avec frissons irréguliers, sécheresse de la peau, délire, rougeur de la face, contraction de la prunelle, respiration rare; s'il y a plaie aux tégumens, gonflement érysipélateux, suppuration abondante et quelquefois d'un mauvais caractère, séparation spontanée du péricrâne, convulsion, paralysie, etc. La dernière période de la maladie se manifeste par la cessation des symptômes inflammatoires, l'assoupissement plus ou moins profond, les sueurs

(1) Ledran, *Opér. chir.*, pag. 175.

froides, la décomposition de la face, la foiblesse du pouls, la prostration des forces, etc., enfin la mort.

Si la maladie parcourt ses diverses périodes, si ses symptômes disparoissent insensiblement par degrés, si les fonctions de l'entendement se rétablissent d'une manière assez parfaite, tout nous présage une terminaison heureuse, la *résolution*.

La disparition partielle des accidens, surtout de ceux qui sont de nature fébrile, la permanence de l'assoupissement, la lésion des fonctions de l'entendement, les frissons irréguliers, la décoloration de la face, la difficulté dans la parole, la paralysie partielle de quelque membre, enfin les convulsions, le délire, etc., sont autant de signes de la suppuration qui tantôt est répandue sous la forme d'exsudation sur la face externe de la dure-mère, tantôt est circonscrite entr'elle et le crâne, tantôt est disséminée entre les circonvolutions du cerveau, tantôt est rassemblée en foyer au milieu de sa propre substance, et qui d'autres fois enfin peut être infiltrée dans toute la substance de ce viscère.

*Détermination de l'application du Trépan.*

Dès que les signes de la suppuration des méninges se manifestent, doit-on admettre le trépan, ou le rejeter ? Tous les auteurs s'accordent à dire qu'il n'y a d'autre ressource pour le malade que dans l'emploi de ce moyen. Cependant Pott et Ledran, après avoir observé dans bien des cas le décollement spontané du péricrâne, toujours correspondant à la lésion de la dure-mère, insistent sur ce signe, qu'ils considèrent comme suffisant pour indiquer l'opération du trépan. Mais rien de plus incertain et de plus vague que le décollement du péricrâne, que la collection purulente qui siége entre cette membrane et les os du crâne, que le mauvais aspect des bords de la plaie, si elle existe, et des autres circonstances déduites des signes locaux. Admettons même que le siége de l'affection nous soit parfaitement connu, pouvons-nous nous promettre de remédier aux accidens par l'application du trépan ? Avec quelles armes plus victorieuses peut-on mieux combattre l'opinion de *Quesnay*, de *Bell*, de *Petit*, de *Ledran*, de *Pott*, de *Lamothe*, etc., que par les connoissances lumineuses que nous fournit l'autopsie cadavérique ? Elle nous ap-

prend, 1°. que le cerveau est engorgé, que les veines et les sinus sont dilatés et remplis de sang noir; 2°. que parfois les membranes sont adhérentes entr'elles, épaissies, rouges, présentant souvent différens points gangrenés, putréfiés; 3°. que dans d'autres circonstances toute leur surface est recouverte d'une concrétion albumineuse ou membraniforme, variable par sa consistance, mais presque toujours gluante, tenace, plus ou moins circonscrite, ou largement disséminée. Desault, ce restaurateur de la chirurgie moderne, avouoit avec franchise qu'il n'avoit rejeté l'opération du trépan dans cette circonstance, que par rapport à la difficulté qu'il avoit trouvée pour enlever cette matière purulente qui étoit presque toujours adhérente aux membranes enflammées. D'après ces résultats, quel succès peut-on attendre de l'application du trépan? En reconnoissant son inutilité, pouvons-nous nous refuser à croire aux funestes effets qu'il peut produire? L'accès de l'air dans la cavité du crâne ne peut-il pas renouveler l'inflammation et la phlogose? Les auteurs n'ont-ils pas un peu trop exagéré en prononçant la perte du sujet, si l'on négligeoit l'application du trépan? N'a-t-on pas vu des cas heureux,

mais rares, dans lesquels le séjour de cette matière purulente n'étoit pas mortel? et quelquefois la nature, par ses seuls efforts, n'a-t-elle pas produit la carie des os, et suppléé ainsi à l'opération du trépan?

D'après ces différens raisonnemens, nous pouvons conclure, 1°. qu'il est extrêmement difficile de s'assurer du lieu qu'occupe la matière purulente; 2°. que les signes locaux donnés par certains auteurs, sont très-obscurs, insuffisans; 2°. que dans de pareilles circonstances les ressources de la nature sont plus grandes qu'on ne pense; 4°. que l'application du trépan pourroit être plus funeste qu'elle ne seroit avantageuse; 5°. enfin, qu'avant de l'admettre, il faut profondément méditer cette vérité de MORGAGNI : *Ne sic occisi, qui servari non potuerunt, viderentur.*

FIN.